الفصل التاسع

فحص اختلال الوظائف الجنسية

Sexual dysfunction Investigation

P. de Silva پ دی سيلفا

الفصل التاسع
فحص اختلال الوظائف الجنسية

P. de Silva ب دى سيلفا

اختلال الوظائف الجنسية والانحراف

اختلال الوظائف الجنسية (١) عبارة عن ضعف أو اختلال فى الرغبة الجنسية والإثارة أو النشوة . وهو يعتبر دائماً بمثابة مجموعة من المشكلات فى إطار الجنسية السوية ، مختلفاً فى ذلك عن الانحراف والشذوذ الجنسى (٢) . ويعامل الاثنان بوصفهما فئتين إكلينيكيتين منفصلتين ، وهو تمييز موضع اقتناع . غير أنه يتعين أن نذكر إمكانية حدوث تداخل بين الاثنين . مثال ذلك : ذكر لديه صعوبات فى الانتصاب عندما يكون مع زوجته ، ثم يظهر من خلال الفحص الدقيق أن له تاريخاً فى الشذوذ الجنسى ، يتضمن مثلاً استخدام المواد الجلدية والمطاطة ، كما قد يكون مضمون تخيلاته الجنسية قد تكيف تماماً مع هذه الأنشطة.

ومن الواضح أن هذه الحالة تتضمن اختلالاً جنسياً وانحرافاً جنسياً معاً متزامنين ومترابطين . وبالمثل من الشائع أن نجد مرضى يتقدمون بمشكلات فى صورة انحراف جنسى ، ولديهم صعوبات أيضاً فى النشاط الجنسى السوى . وعلى هذا يتعين أن يضع المرء فى اعتباره حقيقة أن التمييز بين الاختلال الجنسى والانحراف الجنسى لايعنى استبعاداً متبادلاً من أحدهما للآخر . بصورة متصلبة ، بل فقط باعتباره تصنيفاً عاماً مقبولاً ، يقوم على طبيعة المشكلة المعروضة . ويتعين عند القيام بفحص للأنشطة الجنسية المختلفة إجراء فحص للأنشطة الجنسية الشاذة ، مثل التخيلات والرغبات ، والعلاقة بين هذه العوامل والاختلال الذى يجرى فحصه .

درجات الاختلال الوظيفى

هناك نقطة أخرى يتعين أن لاتغيب عن الذهن ، هى أنه لايمكن اعتبار اختلال الوظائف الجنسية ظاهرة مقطوعة الصلة كيفياً عن عدم الاختلال . ولايأخذ الأمر صورة أن هناك من يتعرضون لاختلال الوظائف الجنسية ، وآخرين لايتعرضون لمثل هذا الاختلال بالمعنى المطلق . فالأغلب هو أن الاختلال وعدم الاختلال يقعان على متصل واحد ، بمعنى آخر هناك درجات من الاختلال ، ويوجد لدى الشخص الواحد أو الزوجين مجالات للأنشطة الجنسية المثيرة للرضا ، إلى جانب مجالات أخرى توجد فيها صعوبات ، بالإضافة إلى ذلك أن ماينظر إليه على أنه اختلال يمكن أن يختلف من شخص لآخر ، ومن زوجين لزوجين، ومن مجتمع لآخر . ويستحق الأمر الإشارة إلى أنه لايوجد مجتمع إكلينيكى ، يخلو من زوجين يعتبران نفسيهما يعانيان من اختلال جنسى ، وبالتالى لايذهبون إلى العيادات ، أو يسعون للحصول على نوع آخر

(1) Sexual dysfunction.
(2) sexual deviation or paraphilias.

من المساعدة . وتوجد نسبة من بينهم يكون أداؤهم الجنسى بمعنى ما أقل من أن يكون مُرضياً . وقد ذكر فرانك وزملاؤه (1974) Frank et al. فى دراسة لهم – على مئة من الأزواج المتعلمين تعليماً جيداً والسعداء– أن ٨٠ فى المئة منهم ذكروا أن علاقاتهم الجنسية والزوجية سعيدة ومُرضية ، وعلى الرغم من ذلك فقد ذكر ٤٠ فى المئة من الرجال مشكلات تتعلق بالانتصاب [١] أو القذف [٢] ، وذكرت أكثر من ٦٠ فى المئة من النساء مشكلات تتعلق بالإثارة أو الإشباع [٣] .

تصنيف

بهذه الصورة فى أذهاننا ، ننظر الآن إلى الفئات الشائعة فى الاختلال الجنسى ، التى تعرض فى العيادات والخدمات الأخرى التى تقدم المساعدة . وهناك اقتراحات بعديد من التصنيفات المفيدة (مثال ذلك : American Psychiatric Association, 1987; Hawton, 1985; Kaplan, 1974; Masters and Johnson, 1970) ، والمقدم فيما يلى عبارة عن تصنيف شديد التبسيط للاختلالات الجنسية لدى الذكور ولدى الإناث .

اختلالات الذكور

يمكن تصنيف الاضطرابات الجنسية الرئيسية لدى الذكور فى الآتى ، وكما يتضح فإن الفئات ليست مستقلة تماماً :

١ ـ مستوى ضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية .

٢ ـ العجز الجنسى [٤] .

٣ ـ سرعة القذف [٥] .

٤ ـ قذف متأخر [٦] .

٥ ـ نقص القدرة على الاستمتاع الجنسى [٧] .

٦ ـ نفور جنسى [٨].

والمستوى الضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية ليس من الأمور غير الشائعة (Kaplan, 1977; 1979) ، ولن يشكو الفرد عادة من ذلك إلا فى سياق علاقته ، عندما يصبح الأمر مشكلة للطرف الآخر أو عندما يصبح هناك انخفاض ملحوظ عن مستوى سابق .

ويشير *العجز* إلى فشل أو صعوبة فى الانتصاب ، وقد لاتكون هناك قدرة على الوصول إلى انتصاب أو الاستمرار فيه . وغالباً ماتكون المشكلة عبارة عن نقص فى الوصول إلى حالات انتصاب قوية بما يكفى

(1) Erection.
(2) Ejaculatory Problems.
(3) Arousal and orgasm.
(4) Impotance.
(5) Premature ejaculation.
(6) Retarded ejaculation.
(7) Dyspareunia.
(8) Sexual aversion.

للقيام بنشاط جنسى ناجح (Masters and Johnson, 1970) . ومشكلات الانتصاب شائعة ، وغالباً ماتكون هى الجزء الأكبر من شكاوى الذكور ، الذين يطلبون المساعدة فى عيادات العلاج الجنسى (Spector and Carey, 1990) وقد يكون العجز أولياً (١) (بمعنى أن الشخص كانت لديه دائماً هذه المشكلة) أو ثانوياً (٢) (أى كان هناك وقت فى الماضى لم يكن فيه للمشكلة وجود) . كما يمكن أن تكون كلية (لايكون الشخص قادراً على إحداث انتصاب أو الحفاظ عليه فى أى وقت) أو موقفيًا (يحدث الانتصاب فى مواقف معينة مثال ذلك عند الاستمناء (٣) فقط وليس فى المواقف الأخرى) . ويشير هذا التمييز الأخير إلى الوضع الحالى ، بينما يشير العجز الأولى مقابل العجز الثانوى إلى تاريخ الشخص .

وتشير سرعة القذف إلى الوصول إلى النشوة الجنسية بأسرع كثيراً مما يتطلبه النشاط الجنسى المشبع للطرف الآخر . وكثيراً ما أُشير إليه باعتباره أحد أكثر الاضطرابات الجنسية شيوعاً (مثال ذلك Kaplan, 1974) والشكوى التقليدية للذكر الذى يطلب العون فى هذه المشكلة هى أنه يصل إلى هزة الجماع (٤) سريعاً جداً . أما ماتعنيه «سريع جداً» فأمر لايمكن تحديده بوضوح بمفاهيم الوقت ، كما لايمكن تحديده فى ضوء المفهوم موضع التساؤل ، وهو «التحكم الإرادي» (Kaplan, 1979) . ويتعين تقييم المشكلة بمفاهيم مقدار تدخلها فى النشاط الجنسى ، واستمتاع الطرف الآخر . مثال ذلك أن استمرار القذف قبل إيلاج القضيب فى المهبل أو فور إيلاجه سيكون من الواضح أنه مشكلة . بينما الحدوث العرضى للنشوة خلال فترة قصيرة لايعد مشكلة . وربما تجدر الإشارة إلى نتائج تقرير كينزى Kinsey من أن ٧٥ فى المئة من عينتهم ، التى تبلغ ٦٠٠٠ من الأمريكيين الذكور ، ذكروا أنهم يبلغون هزة الجماع خلال دقيقتين من الإيلاج (Kinsey et al., 1948) .

وسرعة القذف مثلها فى ذلك مثل العجز الجنسى ، يمكن أن تكون كلية أو موقفية ، أولية أو ثانوية .

القذف المتأخر أكثر ندرة بقليل سواء من العجز أو سرعة القذف ، وهو يشير إلى الفشل فى القذف أو الوصول إلى هزة الجماع ، على الرغم من توفر قدر كاف من التنبيهات (Dow, 1981; Masters and Johnson, 1970) ، ويمكن أن يكون ذلك كلياً أو موقفياً ، ولكنه ليس من الأمور النادرة ، فقد يشكو أحد الرجال من عدم القدرة على الوصول إلى النشوة داخل المهبل ، ولكنه يستطيع القيام بذلك باستثارة نفسه أو حتى بالاستثارة اليدوية ، التى يقوم بها الطرف الآخر له . ومن المهم ملاحظة أن بعض الرجال قد يصلون إلى حالة النشوة ، إلا أنهم لايقذفون ، ويسمى ذلك قذفاً تقهقرياً ؛ (٥) حيث إن مايحدث هو أن السائل المنوى يتحرك متجهاً عكسياً داخلاً إلى المثانة (٦) وقد يحدث ذلك نتيجة لبعض العقاقير أو نتيجة لبعض الأسباب الجسمية .

نقص القدرة علي الاستمتاع الجنسي نادرة للغاية لدى الذكور (Bancropt, 1989) ، وعادة مايكون لها سبب جسمي .

---

(1) Primary.
(2) Secondary.
(3) Masterbation.
(4) Orgasm.
(5) Retrograd ejaculation.
(6) Bladder.

يشير النفور الجنسي إلى كراهية جوانب جنسية معينة . مثال ذلك رجل يكره أن يُلمس قضيبه على الإطلاق ، بينما رغبته الجنسية بصفة عامة وكذلك قدرته على الإنخراط فى جماع مشبع غير ضعيفة . ومن الممكن أيضاً بالنسبة لشخص ما أن يكون لديه نفور جنسى أكثر عمومية ، على الرغم من عدم وجود نقص فى الرغبة الجنسية ، وبالتالى قد تكون لديه خبرات استمنائية عديدة وممتعة ، ولكنه سيتجنب أو لايستمتع بالعلاقة الجنسية مع طرف آخر (American Psychiatric Association, 1987)

اختلالات الإناث

يمكن بالمثل تصنيف اختلالات الإناث فى الآتى ، وهى ليست بالضرورة فئات جامعة مانعة :

١ ـ مستوى ضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية .

٢ ـ غياب الاستجابية (١) .

٣ ـ عدم القدرة على الوصول إلى النشوة (٢) (هزة الجماع) .

٤ ـ انقباض مهبلى (٣) .

٥ ـ نقص القدرة على الاستمتاع الجنسى .

٦ ـ النفور الجنسى .

ويشبه المستوي الضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية مالدى الذكور (Liep, 1977) ، وهو يصبح مشكلة تعرض دائماً فى سياق قيام علاقة جنسية . وهو أكثر المشكلات التى تشكو منها الإناث اللاتى يترددن على العيادات الجنسية (مثال ذلك Bancroft, 1989) .

غياب الإستجابية مشكلة تتعلق بالإثارة الجنسية (٤) (Kaplan, 1979) ، وتتأثر الاستثارة الفسيولوجية ، كما تظهر من خلال البلل المهبلى (٥) واتساع القناة المهبلية ، وقد يكون ذلك أولياً أو ثانوياً .

عدم القدرة علي الوصول إلي النشوة هو عدم القدرة على تحقيق هزة الجماع ، وهو عرض إكلينيكى شائع (Bancroft, 1949; Masters and Johnson, 1970) ، وإما أن يكون أولياً (حيث لاتكون الأنثى قد حصلت أبداً على هزة جماع) أو ثانوياً . وبمفاهيم الأداء يمكن أن يكون كلياً (حيث لاتحصل الأنثى دائماً على هزة جماع) أو موقفيا (حيث تكون هزة الجماع ممكنة فى مواقف معينة ، وغير ممكنة فى مواقف أخري) والشكوى العامة هى النقص فى هزة الجماع مع شريك ، على الرغم من تحقيق هزة جماع من خلال الاستمناء .

ويشير الإنقباض المهبلي إلى الانقباض غير الإرادى لعضلات المهبل للدرجة ، التى يصبح الإيلاج معها غير ممكن (Masters and Johnson, 1970) ، وعادة مايحدث تقلص العضلات مع توقع الجماع ، أو عندما تحدث محاولة إيلاج (Lamont, 1974) . ومن الأمور المألوفة حدوث هذه الحالات لدى أولئك اللاتى

(1) Responsiveness.
(2) Anorgasmia.
(3) Vaginismus.
(4) Sexual arousal.
(5) Vaginal Lubrication. إفراز السائل الملين للاحتكاك أثناء الجماع

لم يتم اكتمال زواجهن . (Duddle, 1977) . وقد ذكر بانكروفت (Bancroft (1989 أن ١٣ فى المئة من الإناث اللاتى عرضن فى عيادته (ن = ٥٧٧) اشتكين من الانقباض المهبلى .

نقص القدرة علي الاستمتاع الجنسي عبارة عن جماع مؤلم ، وعادة مايقترن بمشكلات أخرى بما فيها مشكلات عضوية (Masters and Johnson, 1970) .

يشير *النفور الجنسي* إلى كراهية بعض الجوانب المعينة فى الجنس ، أو كراهية الجنس كله ، مثال ذلك قد تشكو امرأة من كراهية شديدة لأن يلمس شخص ما ثدييها أو أن يقبلها أحد فى شفتيها . وأحياناً مايكون هناك نفور من ممارسة الجنس مع شريك ، بينما تكون الإثارة الذاتية (الاستمناء) ممتعة (Kolodny et al., 1979) .

بعض العوامل ذات العلاقة

لايشير التقدير السابق للفئات الرئيسية للاختلالات الجنسية لبعض المتغيرات الجوهرية ، التى يمكن أن تسهم فى المشكلة موضوع الاهتمام ، وهذه المتغيرات هى مايلى باختصار :

الجهل : حيث يمكن أن يكون نقص المعلومات المناسبة حول الأداء الجنسى مشكلة كبرى فى الاضطرابات الجنسية (Bancroft, 1989) . ومن الشائع أن تكون المشكلة المعروضة ناتجة إما عن جهل بالحقائق الأساسية حول نظام الاستجابة الجنسية ، أو بعض المفاهيم الخاطئة حول الجنس (Masters and Johnson, 1970; Zilbergeld, 1974) . ويعانى الشباب بشدة فى بعض الأحيان مما يعتقدون أنه سرعة وصولهم إلى النشوة الجنسية ، معتقدين أن المستوى المعتاد أبطأ مما هو عليه فى واقع الأمر . ويؤدى بهم ذلك إلى حالة من التوتر والهم ، تسهم بدورها فى تطور واستمرار مشكلات الانتصاب والقذف . ونقص المعلومات بالنسبة للإناث واقتناعهن بأفكار سيئة ، يمكن أن يؤدى إلى مخاوف من الجنس ، كتلك التى تتضمن أن الجماع بالضرورة مؤلم ، وهو مايسبب لهن صعوبات حقيقية.

كما يمكن لبعض المعتقدات المتبناة فى بعض الجماعات الثقافية أن تودى إلى صعوبات فى التوافق الجنسى ؛ ففى بعض المجتمعات الاسيوية على سبيل المثال ، يعد الفقدان المفرط للسائل المنوى فى الرشد أو فى مرحلة المراهقة سبباً فى الكثير من الأمراض الجنسية وغير الجنسية . وقد يؤدى ذلك إلى مشكلات لدى الرجال ، الذين يعتقدون أنهم عرضوا أنفسهم لهذه الأمراض . (de Silva and Dissanayake, 1989; Molhotra and wig, 1975) ولذلك فإن جودة معلومات المريض حول الأمور الجنسية والمعتقدات المقترنة بها ، لها القدر نفسه من الأهمية ، التى يتعين معها تبينها مثل تبين طبيعة المشكلات ذاتها التى يعرضها أصحابها .

الاتجاهات : تتعلق اتجاهات الشخص نحو الجنس والنشاط الجنسى بكل من المعلومات والمعتقدات ، فالشخص الذى نُشئ باتجاهات صادمة أخلاقياً نحو الجنس ، وأن الجنس للتناسل فقط وليس لأن نستمتع به ، قد يجد نفسه أو تجد نفسها وقد تعرضت للكف (١) الجنسى (Masters and Johnson, 1970) وقد يحدث أيضاً أن يجد مثل هذا الشخص اتجاهات أكثر تحررية لدى شريكه أو شريكته الجنسية مما يجعل الأمر مصدراً للصراع . فأحد الشريكين يرغب فى تجربة أنماط مختلفة من المداعبة قبل الجماع ، وأوضاع مختلفة للجماع . وهكذا مما قد لايكون مقبولاً من الطرف الآخر الذى تعكس

(1) Sexual inhibition.

اتجاهاته خلفية صادمة . وبالتالى يمكن لمشكلات الاتجاهات أن تلعب دوراً حاسماً فى توليد واستمرارية الاضطرابات الجنسية . ولاتتغير الاتجاهات المستقرة بسهولة ، وهى تحتاج لاختبارها عند فحص الحياة الجنسية للفرد أو الزوجين ، ومن المثير للشغف ملاحظة أن انتشار التقلصات المهبلية أكثر بكثير بين النساء الأيرلنديات مقارنة بسائر المجموعات الأخرى التى درست (Barnes, 1986 a, 1986b; o'sullivan, 1979) .

القلق : القلق عامل رئيسى يقترن بالاختلالات الجنسية . (Bancroft, 1989; Lief, 1979; Masters and Johnson, 1970) ، فبعض الصعوبات ترجع جزئياً على الأقل إلى القلق ، والكثير منها يستمر ويدوم نتيجة له . ولنضع فى الاعتبار مثال لشاب فشل فى تحقيق انتصاب عند محاولته الجماع فى ظروف غير مواتيه وبعيدة عن الاسترخاء اللازم للجنس المريح (مثال ذلك فى المقعد الخلفى للسيارة ، أو فى مكان يحتمل أن يلاحظه أو يقاطعه فيه أحد) ؛ فقد يؤدى هذا الفشل إلى قلق يتعلق بإمكانية الفشل فى المناسبات الأخرى التالية عند محاولة الجماع أو اعتزامه ، ويمكن لهذا القلق أن يؤدى إلى فشل متكرر ، والذى يزيد ـ بدوره ـ من قلق الشخص . وبالنسبة للإناث فإن الخبرات الجنسية الصادمة أو غير السارة كأن تكون قد تعرضت للاعتداء ، أو الاستغلال الجنسى قد تؤدى إلى تعميم القلق الجنسى ، الذى يسهم فى النفور الجنسى . وأحياناً ماتأخذ المشكلة صورة مخاوف جارفة من الجنس أو من الرجال أو من الأعضاء التناسلية للذكر ، ويمكن أن يؤدى القلق الدائم ، مثل الخوف من حدوث حمل إلى صعوبات جنسية بالمثل .

المشاهدة : يرتبط بالقلق ما أصبح يعرف باسم المشاهدة [(١)] (Masters and Johnson, 1970) ، ويشار بها إلى ميل الشخص لمشاهدة نفسه أو نفسها أثناء ممارسة النشاط الجنسى . ومن الممكن أن يقوم الأشخاص القلقون جنسياً بهذا ، تحرراً من الخوف من الفشل ، وليس بغرض الاستمتاع الكامل بالنشاط الجنسى . فمجرد كون الشخص يلعب جزئياً دور المشاهد لنشاطه أو نشاطها ملاحظاً النجاح والفشل ، يمكن أن يؤدى إلى كف الأداء الجنسى والمتعة ،أو يترتب عليه فشل حقيقي. وعلى الرغم من ذلك يجدر ذكر أن المشاهدة ليست بالضرورة عامل كف . فالكثير من الرجال والنساء يجدون أن مشاهدة أنفسهم واستجاباتهم الجنسية من العوامل المثيرة للغاية . غير أن المشكلة تتمثل فى أنه عندما تصبح المشاهدة خاصية من خصائص النشاط الجنسى لشخص ماهو قلق بالفعل من النشاط الجنسى ، فإنها ستدوم وأحياناً ماتؤدى إلى جعل الصعوبة أكثر سوءاً . (قارن : Beck et al., 1983) .

مشكلات العلاقة : الصلة بين جودة العلاقة بين الزوجين وبين مشكلاتهما الجنسية واضحة بذاتها (Crow and Ridley, 1995; woody, 1992) ويمكن للصعوبات الجنسية أن تتطور بسهولة فى سياق علاقة زوجية ضعيفة ، فالغيرة والخوف والاغتمام ، الذى يدور حول عدم الإخلاص والصراعات الدائمة فى مجالات الحياة الأخرى غير المجال الجنسى ، يمكن أن تسهم جميعها فى المشكلات الجنسية أو تنعكس فى شكل هذه المشكلات . وعندما يفكر المرء فى الطبيعة المستمرة للأداء الجنسى المشبع والاضطرابات ، فمن السهل أن يرى كيف أن مشكلات العلاقات غير ذات الطبيعة الجنسية ، يمكن أن تدعم تفاقم صعوبات الحياة الجنسية بين الزوجين مهما صغرت . وأحياناً مايكون الجنس هو أرض المعركة الرئيسية للصراعات الزوجية ، مثل تلك الصراعات المتعلقة بالسيطرة ، والغيرة والتأديب (Harbin and Gamble, 1977) ، وبالقدر نفسه يمكن للمشكلات الجنسية الصريحة أن تتسبب فى صعوبات أكثر شمولاً

(1) Spectatoring.

فى العلاقة . وعندما يُعرض زوجان لديهما مشكلات زواجية ، فليس من غير المعتاد أن يتم أثناء الفحص الكشف عما يعانيانه من الاختلالات الجنسية المحورية (Zimmer, 1987) ؛ فالتداخل والعلاقات المتبادلة بين النمطين من المشكلات يمكن أن يكون جوهرياً .

المشكلات العضوية : من الواضح أن بعض المشكلات الجنسية تنتج عن عوامل عضوية أو ترتبط بمثل هذه العوامل ، ومدى انتشار مثل هذه العوامل كالإدمان طويل المدى للكحول ، ومرض السكر ، والتقدم فى العمر ، والتلف العصبى ، واستخدام العقاقير ، وغير ذلك فى صلته بالنشاط الجنسى من الأمور المستقرة تماماً (Bancroft, 1989; Kolodny et al., 1979) . وأحياناً مايكون هناك سبب عضوى مسئول بشكل مباشر عن ظهور المشكلة المعروضة ، غير أن التأثير النفسى للحالة مثل شعور الشخص بكونه مريضاً أو معاقاً دائماً مايكون بمثابة المتغير الوسيط . وقد تكون المشكلة المعروضة ببساطة عبارة عن مظاهر لحالة عضوية ، فالألم أثناء الجماع على سبيل المثال ، يمكن أن يكون نتيجة لغشاء بكارة (١) شديد الصلابة لدى الأنثى أو لضيق شديد فى غلفة الذكر (٢) . وبالمثل يؤدى التهيج المهبلى الناتج عن إلتهاب إلى النفور الجنسى أو فقدان الاهتمام .

والحاجة إلى تقرير أن الأسباب العضوية غير واردة ، قبل التوصل إلى نتيجة ، مؤداها أن المشكلة ذات منشأ نفسى ، يمكن أن تكون ضرورية فى بعض الحالات ، وسيناقش هذا الأمر فيما بعد .

التقـــييم

قضايا عـامـة

يتعين أن يكون تقييم الاختلال الوظيفى الجنسى شاملاً ، ويغطى تفاصيل المشكلة أو المشكلات المعروضة والمجالات ذات الصلة بها ، والتى نوقشت فى القسم السابق ، ولايختلف تقييم اختلال الوظائف الجنسية نظرياً عن تقييم المشكلات الأخرى . إلا أنه يكون صعب عملياً ، وهو مهمة تتضمن تحدياً ، طالما أن الجنس جانب خاص للغاية فى حياة الشخص ؛ فالحديث التفصيلى عنه مهما كان متعلقاً إكلينيكياً يمكن أن يكون صعباً بالنسبة للمريض . وبالتأكيد صعب أيضاً بالنسبة للمعالج صاحب الخبرة ، يضاف إلى ذلك أن بعض الأساليب أو الطرق المعتادة فى التقييم مثل الملاحظة المباشرة والتقارير ، التى يقدمها ملاحظون مستقلون ، قد لاتكون متاحة لأسباب واضحة . وبعض هذه الموضوعات والقضايا العامة فى تقييم الاختلالات الوظيفية الجنسية نوقشت بالتفصيل فى التراث (مثال ذلك Bancroft, 1989; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Carey, 1991) . ويجب أن يكون هدف التقييم هو الحصول على صورة ، تتسم بأكبر قدر ممكن من الوضوح للمشكلة أو المشكلات والعوامل المتعلقة بها . وسيكون من المفيد على وجه الخصوص القيام بتحليل سلوكى كامل للمشكلة (مثال ذلك Kanfer and Saslow, 1969)، ومادام أحد أهداف التقييم الإكلينيكى هو الحصول على معلومات كافية لوضع برنامج علاجى ، فإن كل المجالات ذات الصلة الممكنة باستراتيجيات العلاج ، والتى يشار إليها ، تحتاج للفحص .

ويؤكد الكثيرون من المهنيين المختلفين على مجالات متعددة فى عملية التقييم ، وبما يعكس مواقفهم النظرية ومناحيهم العلاجية . ولهذا فإن المعالج صاحب التوجيهات الدينامية سيفحص – بقدر كبير من

(1) Hymen.
(2) Foreskin (وهي الجزء الزائد الذي يزال بعملية الختان لدي الذكور)

الاهتمام - طفولة المريض وعلاقات الطفولة . أما المعالج السلوكى فسيرغب من ناحية أخرى فى إجراء فحص دقيق للخبرات السابقة المتعلقة بالمشكلة ، مثل : الفشل الجنسى ، والإحباطات ، والأحداث الصادمة، والعوامل الحالية مثل القلق والتوقعات والمهارات ، والعوامل ذات الصلة المباشرة بالسلوك الجنسى مثل مايسبقه ومايترتب عليه . ومهما كان نوع التوجه ، فإن التقييم يتطلب تغطية تفاصيل المشكلة المعروضة ، متعلقاتها ، وعواملها التى يحتمل أن تكون على صلة بها .

المقـــابلة

مشكلات خاصة

المصدر الرئيسى للمعلومات فى عملية التقييم هو المقابلة الإكلينيكية ، والتى تكون لها مشكلات ذات نوعية خاصة فى حالات اختلالات الوظائف الجنسية (Bancroft, 1989; Hawton, 1985; Spence, 1991; Wincze and Caray, 1991) .

وتعرض القائمة الآتية بعض هذه المشكلات الأساسية :

١ ـ قد يكون المريض محرجاً من اضطراره لمناقشة موضوعات حميمة مع شخص غريب نسبياً عنه . ولاتعنى حقيقة أن الشخص قد أتى طالباً العلاج إنها تتضمن أنه/ أو أنها سيكون قادراً على الحديث بحرية عن الجنس . وبالتالى فعلى المعالج أن يكون حساساً لهذه المشكلة ، ويساعد المريض ، من خلال تنمية تشجيعه وسؤاله عن موضوعات أكثر عمومية فى البداية ، وأن يعترف للمريض ، إذا كان ذلك ضرورياً أن الحديث عن الموضوعات الجنسية يمكن أن يكون صعباً .

٢ ـ يجب استخدام لغة بسيطة يسهل فهمها ، والرطنة العامية التى تعلم المهنى افتراض أنها مفهومة للجميع ، غالباً ماتكون غير مألوفة للمريض ، فحتى كلمات مثل «الإيلاج» و «التهيج» كثيراً ماتختلط معانيها على المرضى .

٣ ـ يجب الحصول على التفاصيل الدقيقة عن المشكلات والسلوك موضوع الفحص ، والوصف العام الذى يمكن أن يقدمه المريض ، مثل «يبدو أننى لاأريد بعد الآن» لامعنى له دون فحص تفصيلى وإيضاحات . وعلى الرغم من ذلك ، فيجب على المعالج أن يقوم بهذا الفحص بصبر ، وأن يسرع فيه طبقاً لليسر فى الموقف ، أو بالأحرى وفقاً لما تؤدى إليه استجابات المريض فى المقابلة (انظر مابعده) . ويتعين تأجيل بعض التفاصيل لاستخلاصها فى الجلسة الثانية ، أو حتى الثالثة، عندما يصبح المريض أكثر شعوراً بالراحة مع المعالج .

٤ ـ يجب أن تكون توجهات المعالج غير ناقدة لكل أساليب السلوك وتفضيلات المريض وعدم تفضيلاته ، وأى إظهار لعدم الموافقة ـ أو حتى الدهشة ـ ولو لم تكن مقصودة ، يمكن أن لاتشجع المريض على تقديم تفاصيل كاملة لما يرغب المرء معرفته .

٥ ـ من الممكن ألا يفصح المريض عن بعض المعلومات فى الجلسة الأولى ، ويرجع ذلك جزئياً إلى الحرج ، وجزئياً لأن المعالج مازال شخصاً غير مألوف له ، ويمكن لذلك أن يخلق مشكلات . وفى الممارسة يتطلب الأمر جلسة أو جلستى تقييم لاتخاذ قرار . ولهذا قد يكون من الضرورى تشجيع المريض بلطف للإفصاح بكل الحقائق المتعلقة بحالته . ومن ناحية أخرى ، سيكون مهما بالقدر نفسه السماح للمريض بإعطاء معلومات أكثر عندما يبدو أنه -أو أنها - مستعداً للقيام بذلك فى جلسات لاحقة .

مجالات الفحص

تتضمن المجالات التى يتعين فحصها خلال المقابلة الآتى :

١ ـ طبيعة المشكلة بأكبر قدر من التفصيل للحصول على صورة شاملة للصعوبة ، التى يعانى منها المريض ، وكل العوامل المقترنة بها ، بما فى ذلك القلق والاختلافات الموقفية ـ وفى حالة الرجال الذين يعانون من العجز ، يتعين القيام بفحص معين حول ما إذا كان انتصاب الصباح الباكر موجوداً أم لا ، حيث إن وجود هذا الانتصاب يساعد عادة على استبعاد احتمال أن المشكلة عضوية .

٢ ـ تاريخ المشكلة ، بدايتها ومسارها ، والنشاط الجنسى الحالى بمافى ذلك الاستمناء .

٣ ـ استجابة المريض للمشكلة سواء فى المواقف الجنسية ، أو بصفة عامة .

٤ ـ معلومات الشخص الجنسية ، معتقداته واتجاهاته ، بما فى ذلك تلك التى تحددها عقيدته ، أو عقيدتها ، أو حضارتهما .

٥ ـ تفضيلات الشخص وخيالاته الجنسية .

٦ ـ التاريخ الجنسى للمريض بما فى ذلك الخبرات المبكرة ذات العلاقة بالمشكلة .

٧ ـ العوامل السيكياترية والطبية بما فى ذلك العقاقير ، والكحول .. إلخ ، كما يعد قياس الاكتئاب الحالى مهمّا على وجه الخصوص .

٨ ـ تاريخ الحيض (١) وعلاقة المشكلة بالدورة الشهرية .

٩ ـ موانع الحمل (٢) ، ومرات الحمل السابقة ، والاتجاه نحو احتمال حدوث حمل .

١٠ ـ العوامل العامة فى العلاقة بين الشريكين .

١١ ـ العوامل المتعلقة بخلفية المريض ، مثل : الوظيفة ، الدخل ، السكن ، وغير ذلك ، والتى يمكن أن تكون مصدراً للضغوط .

١٢ ـ العلاج السابق إذا وجد .

وقد يحتاج الأمر لتفاصيل أكثر فى بعض المجالات دون الأخرى فى حالة ما ، وهو أمر يخضع للتقدير الإكلينيكى مع التقدم فى خطوات المقابلة ، ولاحاجة للقول أنه على المُقيم أن يكون مستعداً لأن يعدل من فحصه لكى يناسب كل مريض طبقاً لما يتطلبه الموقف ، ويعتمد أغلب الإكلينيكيين على القوائم العامة (٣) للموضوعات التى سيقومون بفحصها وذلك بمثابة روتين . وتتاح نماذج لمثل هذه القوائم من بين قوائم أخرى فى الـ Group for advancement of Psychiatry (1973) ولدى Hawton (1985) ولدى Lopiccolo and Heiman (1978) ولدى Spence (1991) . وعملياً فإنه بينما تعد مثل هذه القوائم مفيدة بكل تأكيد ، إلا أن المرونة مطلوبة فى استخدامها ، ولذا يتعين أن تستخدم قائمة كهذه بوصفها أداة عامة للتوجيه ، لا كشئ يتعين الالتزام به بصرامة .

---

(1) Menstrual history.
(2) Contraception.
(3) General Checklists.

المقابلة الفردية والزوجية

إحدى القضايا الرئيسية فى مقابلة المرضى ذوى اختلالات الوظائف الجنسية ، هى ما إذا كان الشريكان - وذلك عندما يعرض زوجان نفسهما طلباً للعلاج - يتعين مقابلتهما معاً أم لا .

وهناك وجهات نظر مختلفة حول هذا الموضوع (مثال ذلك Bancroft, 1989; Masters and Johnson, 1970; Wincze and Carey, 1991) وبصفة عامة .. فإن الترتيب الجيد يتطلب رؤية الزوجين معاً فى البداية ، ثم القيام بعد ذلك بمقابلات التقييم لهما منفصلين ، وإذا توفر معالجان فيمكن أن يقابلا الزوجين فى جلسات متوازية ، وإذا لم يتوفر فسيتعين إنفاق قدر أكبر من الوقت مع الشريك صاحب المشكلة المعروضة ، يعقب ذلك مقابلة قصيرة مع الشريك الآخر .

ومن المهم أن تتم جلسات المقابلة الفردية فى كل الحالات . ويوفر ذلك الإمكانية لكل شريك لتقديم تصوره الخاص للمشكلة ، وأن يناقش مع المعالج الموضوعات المختلفة ، بما فى ذلك المشاعر نحو الطرف الآخر دون شعور بالكف، كما يوفر أيضاً الإمكانية لكل منهما للبوح بالمعلومات ، التى يمكن أن تكون قد حجبت عن الشريك الآخر ، مثال ذلك علاقة أخرى خارج العلاقة الزوجية ، أو جانب معين فى التاريخ السابق للفرد .

الدافعية والانتخاب

يعد تقييم دافعية المريض أو الزوجين جانباً مهمًا فى المقابلة ، على الرغم من أن إمكانية مثل هذا التقييم ليس من الأمور السهلة فى جلسة واحدة ، مالم يكن المقصود هو تحديد أولئك الذين لايستطيعون تلقى العلاج المقدم . وبالنسبة لمن يلائمهم العلاج ، وغالباً مايكون تقييماً على مدى جلستين على الأكثر كافياً لتعرف أولئك الذين يحتمل أن لايستفيدوا من العلاج الذى يمكن تقديمه . مثال ذلك أن من لديهم مرض نفسى واضح ، سيتطلب الأمر علاج الحالة أولاً ، وكذلك يمكن للصعوبات الزواجية الخطيرة أن تتطلب إحالة إلى عيادة تخصصية ، مالم يشعر المعالج أنه قادر على التعامل معها . وعندما توجد عوامل عضوية محتملة ، فإن فحصها وكذلك إجراء فحص طبى يتعين أن يتم ترتيبه قبل العلاج .

الاختبارات والفحوص العضوية :

يعتقد بعض الأخصائيين الإكلينيكيين أن كل المرضى الذين يعرضون باختلالات وظيفية جنسية، يتعين إجراء اختبارات طبية لهم بصورة روتينية (مثال ذلك Kolodny et al., 1979; Spence, 1991) ،غير أن هذا غير ضرورى ، ومع ذلك فمن المهم للغاية أن تتوفر إمكانية القيام بهذه الفحوص ، بالإضافة إلى أية اختبارات أخرى ذات علاقة قد تتطلبها حالة معينة ، وقد قدم بانكروفت (Bancroft, 1989 : 417-424) مجموعة كبيرة الأهمية من المؤشرات للاختبارات الطبية ، وهى كالآتى : الشكوى من ألم أو الشعور بعدم الراحة أثناء ممارسة الجنس ، تاريخ مرضى حديث ، أو أعراض بدنية لاعلاقة لها بالمشكلة الجنسية (مثال ذلك رجل يشكو من أن قضيبه صغير للغاية أو مرتخ ، أو امرأة تشك فى أن هناك شذوذاً فى أعضائها الجنسية) ، تاريخ غير سوى للبلوغ ، أو بعض الاضطرابات الغدية الأخرى . وبالنسبة للمجموعة العمرية التى تشمل الرجال فوق الخمسين ، والنساء حول مرحلة ماقبل أو بعد انقطاع الطمث ، والحالات التى تعانى من تاريخ واضح لدورة شهرية غير منتظمة أو عقم .

وحيثما يكون مناسباً ، فإن الطبيب الممارس الذى يقوم بالاختبار سيقوم أيضاً بالاختبارات المعملية أو يرتب لإجرائها . ويمكن الحصول على تفاصيل الفحوص العامة لدى بانكروفت Bancroft (1989) ،

وهاتون Hatwon (1985) وكلودنى وزملائه Koladny et al., (1979) وونسز وكارى Wincze and Corey (1991).

الاستخبارات وبطاريات القياس

يمكن استكمال الانتفاع بالبيانات التى يتم الحصول عليها من المقابلة ، باستخدام الاستخبارات والبطاريات التى تساعد على تغطية بعض المجالات المهمة بصورة سريعة ، غير أن الأكثر أهمية من ذلك هو أنها توفر بيانات كمية ذات أهمية على وجه الخصوص فى تقدير الفروق بين ماقبل ومابعد العلاج . وهناك عديد من الأدوات المفيدة متاحة لقياس الخبرة الجنسية ، والاتجاهات ، والاختلالات الوظيفية ، وبعض الموضوعات الأخرى ذات العلاقة . ويقدم هون وزملاؤه Hoon et al. (1976a) بطارية لقياس الاستثارة الجنسية الأنثوية ، كما طور لوبيكولو وستيجر Lopiccolo and Steger (1974) بطارية لقياس التفاعل الجنسى ورضاء الطرفين وقدم ليف وريد Lief and Reed (1972) استخباراً لقياس كل من المعلومات والاتجاهات الجنسية . ووصف ويلسون Wilson (1978) استخباراً مفيداً للغاية للتخييلات الجنسية ، يقيس التخييلات والرغبات والسلوك الفعلى ، كما يعد مؤشر ديروجيت للأداء الجنسى [1] (Derogatis and Melisaratos, 1979) مقياساً شاملاً للأداء الجنسى ، يغطى عشرة مجالات (مثال ذلك : المعلومات ، الرغبة ، الاتجاهات) ، وبينما لايوجد شك فى أن شموله مفيد ، إلا أن طوله المعوق (٣٤٥ بندا) يحد بدرجة ما من استخدامه الروتينى الواسع فى الممارسة الإكلينيكية.

وهناك تطور له قيمة كبيرة ومثير ، يتمثل فى تطوير بطارية جلومبوك ورست للرضا الجنسى [2] (GRISS; Rust and Golombok, 1986) ويستخدم هذا الاستخبار ، الذى يتكون من ٢٨ بنداً مع الأفراد من أصحاب الجنسية الغيرية ، أو الأفراد ممن لديهم علاقات جنسية غيرية قائمة . وهو يوفر درجة كلية للرجال وأخرى للنساء كل منهما على حدة حول جودة الأداء الجنسى . يضاف إلى ذلك إمكان الحصول منه على درجات فرعية للآتى : العجز ، سرعة القذف ، العجز عن الوصول إلى النشوة ، الانقباض المهبلى ، التكرار ، ضعف التواصل ، عدم الرضاء ، فقدان الإحساس الجنسى ، والتجنب . ولهذه الأداة ثبات جيد كما أنها سهلة الاستخدام ، وفى ضوء المجال الواسع للمقاييس التى تتضمنها ، فإن بطارية جلومبوك ورست تعد أداة اقتصادية للاستخدام الروتينى . وهناك أداة أخرى موازية ومساوية فى مزاياها الاقتصادية من حيث قياس كل جوانب العلاقة هى بطارية جلومبوك - رست للحالة الزواجية [3] (GRIMS; Rust et al., 1988) . وتتضمن الاستخبارات الزواجية مقياس لوك - والس للتوافق الزواجى [4] (Lock and Wallace, 1959)، ومقياس التوافق الثنائى [5] (Spanier, 1976).

وعندما يتعلق الاكتئاب بالمشكلة ويحتاج الأمر لقياسه .. فيمكن استخدام بطارية للاكتئاب مثل بطارية بيك للاكتئاب (Beck et al., 1961) أو بطارية واكفيلد للاكتئاب [6] (Snaith et al., 1971) . (انظر الفصل الخامس) .

---

(1) Derogatis Sexual Functioning Index (DSFI) .
(2) Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) .
(3) Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) .
(4) Locke-Wallace Marital Adjustment Scale.
(5) Dyadic Adjustment Scale.
(6) Wakefield Depression Inventory .

التقديرات الذاتية

يمكن استخدام مقاييس التقديرات الذاتية ، كجزء من عملية قياس المتغيرات الكبرى موضوع المشكلة لدى مريض ما . مثال ذلك القلق فى الجنس ، الرغبة والإثارة الجنسية ، والتي يمكن الحصول على تقديرات لها بواسطة المريض على مقياس تقديرات ، يمتد من صفر إلى ١٠٠ ، وعادة مايجد المريض أن هذه المقاييس البسيطة سهلة الاستخدام ، وبالقدر نفسه من السهولة يمكن استخدام التمثيلات البيانية للتكرارات ، والتى يسجل من خلالها معدل تكرار السلوك المستهدف على مدى يوم كامل . كما يصمم المُقيم أو المعالج مسبقاً مفكرة لاستخدام المريض ، تساعده على تحديد الأهداف ، التى يتعين تسجيلها باعتبار ذلك وسيلة فعالة للحصول على المستويات القاعدية للبيانات ، بالإضافة لمراقبة التغيرات التى تحدث للمريض. وقد قدم كونت (1986) Conte وسبنس (1991) Spence من بين آخرين مناقشة لهذا الموضوع.

المقاييس الفسيولوجية :

استخدمت الأساليب الفسيولوجية بصورة متزايدة لقياس الوظائف الجنسية خلال السنوات الأخيرة ؛ نتيجة للدفعة التى تلقتها من أعمال ماسترز وجونسون (Masters and Johnson, 1966;1970) وتتاح أساليب قياس للإثارة لدى كل من الذكور والإناث ، ويستخدم على نطاق واسع مقياس الامتلاء القضيبى بالدم [1] لتقدير الانتصاب ، ويمكن استخدامه فى الممارسة الإكلينيكية إذا ظهرت حاجة لذلك (مثال ذلك Wagner and green, 1981; Wincze et al., 1988) . وقد يكون القياس أما لحجم القضيب أو للتغيرات فى محيط القضيب . كما استخدم أيضاً رسام الامتلاء الدموى العصبى لقياس حالات الانتصاب الليلى ، فى محاولة للتمييز بين العجز النفسى المنشأ وحالات العجز ذات الأسباب العضوية (Karacan, 1978) ويقدم بانكروفت (1989) Bancroft ، واسكيافى (1991) Schiavi مناقشات تفصيلية لهذا الموضوع ، والأساليب المعملية الأخرى المستخدمة فى قياس مشكلات الانتصاب . وأفضل أسلوب مستخدم لقياس الاستثارة الأنثوية ، هو أسلوب رسام الامتلاء الدموى التصويرى [2] (Hoon et al., 1976 b) وحيث يتم قياس تقلص الأوعية فى جدران الرحم بمساعدة منظار.

وعلى أى الأحوال .. فإن استخدام الأساليب الفسيولوجية فى الفحص الروتينى فى الموقف الإكلينيكى من الأمور غير العملية . بالإضافة إلى ذلك فإن تفسير نتائج هذه الأساليب فى السياق الإكلينيكى ليس حاسماً دائماً. (انظر: Bancroft, 1989; Conre, 1986) .

صياغة المشكلة :

ستؤدى البيانات التى تم الحصول عليها من عملية التقييم ، إلى تمكين الفاحص من الوصول إلى صياغة للمشكلة . ويتم فى هذه الصياغة تجميع كل المعلومات التى توفرت من المصادر المختلفة للوصول إلى تقدير ووصف مختصر، وتفسير أولى للمشكلة المعروضة . ويتعين أن تتضمن صياغة المشكلة العناصر الآتية :

١ ـ وصف المشكلة .

٢ ـ العوامل المهيئة .

(1) Penile Plethysmography.
(2) Photoplethy smograph.

٣ ـ العوامل المعجلة .

٤ ـ العوامل المؤدية للاستمرار .

وبذلك توفر الصياغة أساس العلاج .

تعليقات مستخلصة :

يجب أن يكون القياس والتقييم متعدد الجوانب خلال الممارسة الإكلينيكية ، ويواجه الأخصائى الإكلينيكى معوقات فى قياس الاختلالات الوظيفية الجنسية تقف فى وجهه ، أكثر بكثير من تلك التى تواجهه فى قياس أغلب الأضطرابات الأخرى . وعلى الرغم من هذه المعوقات ، يظل لدى الأخصائى الإكلينيكى تنوع متعدد من الأساليب فى تناوله ، وستظل المقابلة هى المصدر الرئيسى للمعلومات ، وتستخدم الأساليب الأخرى ، سواء فى إطار المقابلة أو خارج إطارها ؛ للحصول على بيانات إضافية ولتحسين مستوى جودة البيانات . أما أى من هذه الأساليب هو الذى يتعين استخدامه ، فإن ذلك يعتمد على طبيعة المشكلة المعروضة ، وظروفها ، وسياق الخدمة المقدمة .

References

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bancroft, J. (1989) *Human Sexuality and Its Problems, 2nd edn*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Barnes, J. (1986a) 'Primary vaginismus I. Social and clinical features', *Irish Medical Journal* 79: 59–62.

Barnes, J. (1986b) 'Primary vaginismus II. Aetiological factors', *Irish Medical Journal* 79: 62–5.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) 'An inventory for measuring depression', *Archives of General Psychiatry* 4: 561–71.

Beck, J. G., Barlow, D. H. and Sakheim, D. (1983) 'The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men', *Behaviour Research and Therapy* 21: 1–8.

Conte, H. R. (1986) 'Multivariate assessment of sexual dysfunction', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 149–57.

Crowe, M. J. and Ridley, J. (1990) *Therapy with Couples*, Oxford: Blackwell.

Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1979) 'The DFSI: A multidimensional measure of sexual functioning', *Journal of Sex and Marital Therapy* 5: 244–81.

de Silva, P. and Dissanayake, S. A. W. (1989) 'The Loss of Semen Syndrome in Sri Lanka: A clinical study', *Sexual and Marital Therapy* 4: 195–204.

Dow, S. (1981) 'Retarded ejaculation', *Journal of Sex and Marital Therapy* 7: 49–53.

Duddle, M. (1977) 'Etiological factors in the unconsummated marriage', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 157–60.

Frank, E., Anderson, C. and Rubinstein, D. (1978) 'Frequency of sexual dysfunction in normal couples', *New England Journal of Medicine* 299: 111–15.

Group for the Advancement of Psychiatry (1973) *Assessment of Sexual Function: A Guide to Interviewing*, Report No. 88, Vol. VIII.

Harbin, H. T. and Gamble, B. (1977) 'Sexual conflicts related to dominance and submission', *Medical Aspects of Human Sexuality* 11(1): 84–9.

Hawton, K. (1985) *Sex Therapy: A Practical Guide*, Oxford: Oxford University Press.

Hoon, E., Wincze, J. and Hoon, P. (1976a) 'The SAI: An inventory for the measurement of female sexual arousal', *Archives of Sexual Behavior* 5: 291–300.

Hoon, E., Wincze, J. and Hoon, P. (1976b) 'Physiological assessment of sexual arousal in women', *Psychophysiology* 13: 196–208.

Kanfer, F. H. and Saslow, G. (1969) 'Behavioral diagnosis', in C. M. Franks (ed.) *Behavior Therapy – Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.

Kaplan, H. S. (1974) *The New Sex Therapy: Brief Treatment of Sexual Dysfunction*, New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1977) 'Hypoactive sexual desire', *Journal of Sex and Marital Therapy* 3: 3–9.

Kaplan, H. S. (1979) *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1989) *How to Overcome Premature Ejaculation*, New York: Brunner/Mazel.

Karacan, I. (1978) 'Advances in the psychophysiological evaluation of male erectile impotence', in L. Lo Piccolo and J. Lo Piccolo (eds) *Handbook of Sex Therapy*, New York: Plenum Press.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. and Martin, C. G. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia: Saunders.

Kolodny, R. C., Masters, W. H. and Johnson, V. (1979) *Textbook of Sexual Medicine*, Boston: Little Brown.

Lamont, J. A. (1978) 'Vaginismus', *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 131: 632–6.

Lief, H. I. (1977) 'Inhibited sexual desire', *Medical Aspects of Human Sexuality* 11(12): 51–7.

Lief, H. I. (1979) 'Anxiety, sexual dysfunctions and therapy', in W. E. Fann, I. Karacan, A. D. Pokorny and R. D. Williams (eds) *Phenomenology and Treatment of Anxiety*, New York: Spectrum.

Lief, H. I. and Reed, D. M. (1972) *Sexual Knowledge and Attitude Test (SKAT) 2nd edn*, Centre for the Study of Sex Education in Medicine, University of Pennsylvania.

Locke, H. J. and Wallace, K. M. (1959) 'Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity', *Marriage and Family Living* 21: 251–5.

Lo Piccolo, J. and Steger, J. C. (1974) 'The Sexual Interaction Inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction', *Archives of Sexual Behavior* 3: 585–95.

Lo Piccolo, L. and Heiman, J. (1978) 'Sexual Assessment and history interview', in J. Lo Piccolo and L. Lo Piccolo (eds) *Handbook of Sex Therapy*, New York: Plenum Press.

Malhotra, H. K. and Wig, N. (1975) 'Dhat Syndrome: a culture-bound sex neurosis of the Orient', *Archives of Sexual Behavior* 4: 519–28.

Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1966) *Human Sexual Response*, Boston: Little Brown.

Masters, W. H. and Johnson, V. E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little Brown.

O'Sullivan, K. (1979) 'Observations on vaginismus in Irish women', *Archives of General Psychiatry* 36: 824–6.

Rust, J. and Golombok, S. (1986) *The Golombok–Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, Windsor: NFER-Nelson.

Rust, J., Bennun, I., Crowe, M. J. and Golombok, S. (1988) *The Golombok–Rust Inventory of Marital State*, Windsor: NFER-Nelson.

Schiavi, R. C. (1992) 'Laboratory methods for evaluating erectile dysfunction', in R. C. Rosen and S. R. Leiblum (eds) *Erectile Disorders: Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Snaith, R. P., Ahmed, S. N., Mehta, S. and Hamilton, M. (1971) 'Assessment of the severity of primary depressive illness: Wakefield Self-Assessment Depression Inventory', *Psychological Medicine* 1: 143–9.

Spanier, G. B. (1976) 'Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads', *Journal of Marriage and the Family* 38: 15–23.

Spector, L. P. and Carey, M. P. (1990) 'Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature', *Archives of Sexual Behavior* 19: 389–408.

Spence, S. H. (1991) *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioural Approach*, London: Chapman and Hall.

Wagner, G. and Green, R. (1981) *Impotence: Physiological, Psychological, Surgical Diagnosis and Treatment*, New York: Plenum Press.

Wilson, G. D. (1978) *The Secrets of Sexual Fantasy*, London: Dent.

Wincze, J. P. and Carey, M. P. (1991) *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*, New York: Guilford Press.

Wincze, J. P., Bansal, S., Malhotra, C., Balko, A ., Susset, J. G. and Malamud, M. (1988) 'A comparison of nocturnal penile tumescence and penile response to erotic stimulation during working states in comprehensively diagnosed groups of males experiencing erectile difficulties', *Archives of Sexual Behaviour* 17: 333–47.

Woody, J. D. (1992) *Treating Sexual Distresss: Integrative Systems Therapy*, Newbury Park: Sage.

Zilbergeld, B. (1978) *Men and Sex*, Boston: Little Brown.

Zimmer, D. (1987) 'Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction?' *Journal of Sex and Marital Therapy* 13: 193–209.

الفصل العاشر

علاج اختلال الوظائف الجنسية

Sexual dysfunction Treatment

P. de Silva   پ دی سیلفا

الفصل العاشر
علاج اختلال الوظائف الجنسية

پ دي سيلفا P. de Silva

مقدمة :

شهد الاهتمام باختلال الوظائف الجنسية وعلاجها تزايداً واضحاً خلال العقدين الأخيرين . وقد جاءت الدفعة من أعمال ماسترز وجونسون (1970) Masters and Johnson . كما أسهم وعى الجمهور بإمكانية علاج المشكلات الجنسية . فى الزيادة السريعة ، فى أعداد أولئك الذين يسعون لطلب المساعدة من هذه الصعوبات ، وأولئك الذين يتلقون مثل هذه المساعدة . وبالإضافة إلى خدمات الطب النفسى والخدمات النفسية ، فقد بدأت منظمات الإرشاد الزواجي ، والمراكز الإرشادية ، ومراكز تنظيم الأسرة وعيادات الأطباء الممارسين فى إضافة علاج اختلال الوظائف الجنسية إلى خدماتها . وتعد هذه المجموعة من المشكلات بمثابة جزء متكامل فى مجموعة الإضطرابات ، التى يتوقع أن يتعامل معها الممارس فى علم النفس الإكلينيكى .

وأساليب العلاج المستخدمة فى مجال اختلال الوظائف الجنسية بواسطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين سلوكية فى الأساس ، ويستخدم تعبير سلوكية هنا بأوسع معانية ؛ فالمنحى السلوكى الأصلى لعلاج هذه المشكلات كما وصفه ولبه (1958) Wolpe والرواد الآخرين للعلاج السلوكى استخدم فى علاج الاختلالات الجنسية على مدى يزيد عن ثلاثة عقود (مثال ذلك : .Lazarus, 1963; Wolpe, op. cit) .

وعلى أى الأحوال ، فإن المنحى الذى يكثر استخدامه اليوم فى الممارسة الإكلينيكية سلوكى فى جوهره، وإن كان يتضمن عناصر لاتقع بشكل حاسم فى إطار العلاج السلوكى التقليدى (انظر : Murphy and Mikulas, 1974). وعلى أى الأحوال ، فهناك حاجة للإشارة بصورة ملخصة للإتجاهات البديلة ، قبل مناقشة الإتجاهات السلوكية .

العلاج النفسى

يعتمد العلاج النفسى (١) على مبادئ علم النفس الدينامى (٢) ، والذى استخدم تقليدياً مع حالات اختلال الوظائف الجنسية (مثال ذلك Rosen, 1977) والفرض الأساسى الذى يقوم عليه هو أن المشكلة المعروضة نتاج صراع لاشعورى أو خبرة ماضية مكبوتة ، ودائماً ماتكون ذات صلة بالمرحلة الأوديبية (٣) للارتقاء . وبالتالى فالمنطقى هو الكشف عن هذه المواد اللاشعورية بواسطة التحليل . وفى الوقت الذى مازال المحللون الأصوليون يستخدمون فيه العلاج النفسى لمرضى الاختلالات الجنسية ، لاتتوفر دلائل جيدة على كفاءة هذا الاتجاه المكلف والمستهلك للوقت (Killman and Auerbach, 1979) . ويؤيد كابلان

---

(1) Psychotherapy.
(2) Psychodynamic.
(3) Oedipal Stage.